

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ
ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΑ & ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

► Ημερομηνία δήλωσης: ____/____/____

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα:

A. <input type="checkbox"/> Μηνιγγίτιδα <input type="checkbox"/> Σηψαιμία	B. <input type="checkbox"/> Άσηπτη <input type="checkbox"/> Βακτηριακή	Γ. <input type="checkbox"/> Μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος
---	--	--

Α Σ Θ Ε Ν Η Σ

1.1 ΑΜΚΑ: _____	► Επώνυμο: _____	► Όνομα: _____
1.2 Ημ/νία γέννησης: ____/____/____	ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: ____ ετών μηνών ημερών (ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)	1.3 Φύλο: <input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ
1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός): _____	► Δήμος: _____	<input type="checkbox"/> Αστεγος
► Πόλη/χωριό: ► Οδός/Αριθμός: _____	► Τ.Κ.: _____	► Τηλ.: _____
1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα: _____		

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Σχέση:		
2.2 Πηγαίνει παιδ.σταθμό/σχολείο/σχολή; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ποιό/ά:		
2.3 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Πού:		
2.4 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Ήρθε από:	→ Αφιξη: ____/____/____ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>	
► Μετανάστης/Πρόσφυγας; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Από ποιά χώρα:	→ Από πότε; ____/____/____ <small>ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>	
2.5 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:		
2.6 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό; (κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου) <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Χώρα:	→ Αφιξη στην Ελλάδα: ____/____/____ <small>ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ</small>	

2.7 Εμβολιασμός:	Αρ. δόσεων	Ημ/νία τελευτ.δόσης	Αντιπνευμονιοκοκκικός Εμβολιασμός <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ			
► Hib: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	PCV 7 <input type="checkbox"/>	PCV 10 <input type="checkbox"/>	PCV 13 <input type="checkbox"/>	PPV 23 <input type="checkbox"/>
► Men B: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	Ημ/νίες δόσεων		Ημ/νίες δόσεων	Ημ/νίες δόσεων
► Men C: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____	1. ____/____/____
► Men A-C-W-Y: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____	2. ____/____/____
			3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____	3. ____/____/____
			4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____	4. ____/____/____

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: ____/____/____	ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ	
3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ: ► Νοσοκομείο:	ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ <input type="checkbox"/> Επιβεβαιωμένο Κατάταξη <input type="checkbox"/> Πιθανό κρούσματος: <input type="checkbox"/> Ενδεχόμενο
3.3 Ανοσοκαταστολή ή υποκείμενο νόσημα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ → Τι:	→ Ημ/νία εισαγωγής: ____/____/____	
3.4 Αιμορραγικό εξάνθημα; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ	3.5 Αντιβιοτικό πριν λήψη ENY ή αίματος; <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ →	
3.6 Έκβαση <input type="checkbox"/> Ίαση <input type="checkbox"/> Ακόμη ασθενής <input type="checkbox"/> Θάνατος	→ Ημ/νία θανάτου: ____/____/____	

► Ο/η θεράπων ιατρός:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):
► Τηλέφωνα για συνεννόηση:	

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.1 ENY: ► Κύτταρα (/μL):	► Πολυ (%):	► Λεμφο (%):	► Θετικό Latex test: <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ
► Πρωτεΐνη (mg/dL):	► Γλυκόζη (mg/dL):	► Χρώση Gram:	
4.2 PCR: ► ENY: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	► Αίμα: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	► Άλλο υλικό:	
4.3 Καλ/γεια: ► ENY: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	► Αίμα: <input type="checkbox"/> APN <input type="checkbox"/> ΘΕΤ <input type="checkbox"/> ΑΓΝ	► Άλλο υλικό:	
4.4 Είδος/οροομάδα παθογόνου:	► Υπογραφή (& σφραγίδα):		
► Ο/η εργαστηριακός ιατρός:			